Ueber Nephritis

bei

Syphilis hereditaria tarda

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

EMIL BACH

prakt. Arzt

aus **Saarunion** (Elsass).

STRASSBURG i. E.
Buchdruckerei C. Gœller, Magdalenengasse 20.
1893.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Naunyn.

Dem Andenken

MEINER LIEBEN ELTERN

GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547613_0208

Ueber Nephritis

bei

Syphilis hereditaria tarda.

Die Syphilitischen Erkrankungen der Nieren gehören nicht, wie man früher glaubte, zu den Seltenheiten.

Rayer hat sie zuerst berücksichtigt: „J'ai vu des cas, où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle m'a paru si frappante, que je n'ai hésité à attribuer au moins en grande partie le développement de la maladie des reins à la cachérie vénérienne". Besonders hat er auch darauf aufmerksam gemacht, wie schwer es sei, die Syphilis als ätiologisches Moment in den Nephropathien zu entdecken; nie soll man aber vergessen, sie in dem cachectischen Stadium der chronischen Krankheiten. Bisher sei sie viel zu wenig berücksichtigt worden.

Die Frage ist eine moderne, es existieren darüber nur geringe und unvollständige Documente. In England allerdings hatten Blackall, Gregory und Wells vor Rayer schon Alterationen der Nieren im Verlaufe

der Lues beobachtet, jedoch hielten sie den Zustand nicht specifischer Natur, sondern erachteten ihn als durch das zur Behandlung der Krankheit verabreichte Quecksilber hervorgebracht.

Es fiel Rayer nicht schwer, die Behauptung zu widerlegen, beobachtete man doch keine Eiweissausausscheidung, wenn Quecksilber bei den Initialsymptomen der Syphilis verabreicht wurde, und ebensowenig bei Vergolder z. B., die an Mercurialismus litten.

Andererseits wurde auch die Nierenerkrankung von Alcoholismus, Erkältungen (Christison und Gregory) oder von den durch die Syphilis und deren Behandlung hervorgebrachten Marasmus abhängig zu machen versucht.

So finden wir Frerichs einen der Pathologen, die die Syphilis der Nieren studierten, der, obwohl er zugab, dass man bei Syphilis manchmal Albuminurie finde, doch nicht an eine direkte Wirkung der Diathese auf dieses Organ glaubt, wie es bei Syphilisläsionen der Knochen, der Leber, z. B. beobachtet wird. Für Frerichs ist der Morbus Brightii nur eine weitläufigere Folge der Syphilis, die hier nur durch das Zustandekommen eines kachectischen Zustandes wirkt.

Beer jedoch ertheilte der Lehre von der Nierensyphilis Begründung durch einen Fall von „syphilitischen „Nierenknoten“ und durch den Nachweis einer „difusen syphilitischen Nierenerkrankung“.

Lancereaux bestätigte es, und Cornil fand auch die kleinen gummösen Knoten Beer's.

Auch Virchow, der anfangs glaubte, dass die Nierenerkrankungen so allgemein seien, dass man sie nicht leicht der Syphilis zuschreiben kann, giebt im

Jahre 1869 zu, in der Niere so beständige Veränderungen vorgefunden zu haben, dass er nicht an ihrer specifischen Natur zweifeln könne, nachdem schon vorher in einer unter seiner Leitung gearbeiteten Dissertation von Barde „die Anschauungen Beer's über Nierensyphilis“ Bestätigung gefunden hatten.

Mauriac, der in der letzten Zeit über die Syphilose der Niere geschrieben hat, kommt zu dem Schlusse, dass es nicht leicht ist, immer den Zusammenhang der Lues mit Nierenerkrankung zu entdecken, doch aber oft gezwungen ist, die Relation zwischen beiden anzuerkennen.

Grosses Verdienst um die Lehre von der Nierensyphilis haben sich auch Bartels und Wagner erworben.

Spiess gab in seiner Dissertation „Ueber die verschiedenen Nierenaffektionen bei Syphilis, Berlin 1877“ einen Ueberblick über die verschiedenen Ansichten und Berichte betreffs der syphilitischen Nierenaffectionen und Négel vervollständigte dies in vorzüglicher Weise in seiner thèse de Paris „De la syphilis venale“ 1882.

Was die Erkrankungen der Niere bei Syphilis hereditaria betrifft, so haben Bärensprung und andere Beobachter, die sich mit Syphilis hereditaria beschäftigt haben, sie mit Stillschweigen übergangen.

Beer jedoch beschreibt im Jahre 1867 einen Eall von congenitaler Syphilis, der in der Niere Heerde von circumscripten, zelligen Hyperplasien, der äusseren Form nach recht eigentlich „syphilitische Tuberkel“ aufwies, wie er sie bisher nur bei constitutioneller Sy-

philis gefunden hat. Ebenso giebt Virchow in einem Falle von Syphilis hereditaria infantilis einen etwas ausführlicheren Nierenbefund.

Mollière hat das Verdienst, als einer der ersten 1869 besonderes Gewicht auf die Veränderungen der Niere bei dem syphilitischen Neugeborenen gelegt zu haben. Er beschreibt einen Fall von congenitaler Syphilis, ein Kind, das im Alter von 2 Monaten starb, nachdem es vorher seine Amme inficiert hatte. (Die rechte Niere war doppelt so gross als im normalen Zustand).

Später bringt Lancereaux mit der Syphilis eine fettige, körnige Entartung in Zusammenhang, und in einem Falle von Klebs handelte es sich bei einem Kinde im Alter von 6 Monaten um ein Gumma, das dem ähnlich ist, welches bei der erworbenen Syphilis sich vorfindet. Klebs ist der Ansicht, dass die Syphilis renalis intrauterina nicht so selten ist, aber sie wird sehr häufig nicht beobachtet, weil die Veränderungen zu gering sind, sie ist interstitiell, stets circumscript, niemals diffus.

Lancereaux wieder behauptet, dass die hereditäre Syphilis häufiger noch als die acquirierte die Eingeweide ergreift, weil letztere nur Gewebe enthielten, die aus dem mittleren Blastoderm gebildet, für das syphilitische Gift sehr empfänglich seien.

Bradley sah bei einem hereditär syphilitischen Kinde von 4 Monaten Eiweiss, Gesichtsœdem und Oedem der obern Extremitäten nach einer Quecksilberkur verschwinden.

Potain hinwieder macht auf die Häufigkeit der Nierenaffectionen bei Syphilis infantilis aufmerksam und auf ihre häufige Mortalität. Er warnt besonders vor Anwendung von Opium in solchen Fällen.

Parrot hält daran fest, dass bei der hereditären Syphilis das Bindegewebe die andern Gewebe verdrängt, oder sich in ihnen als mehr oder weniger feste Massen zu bilden sucht. Die Krankheit sei eine allgemeine Hypersclerosierung.

Auch Virchow hat in einigen Fällen die diffuse Entartung des Nierenstroma bei Kindern mit congenitaler Syphilis nachgewiesen.

Maschiafava giebt einen ausführlicheren Bericht (macroscopisch wie microscopisch) über eine diffuse interstitielle Nephrits und eine Glomerulonephritis bei hereditärer Syphilis.

Der Zusammenhang zwischen Syphilis hereditaria und Nierenerkrankungen ist in der That nicht mehr zu leugnen.

Négel giebt in der schon erwähnten thèse de Paris unter Anderem auch an, dass er Gelegenheit gehabt habe eine Masse Nieren von hereditär syphilitischen Kindern zu untersuchen. Es stellte sich dabei heraus, dass die Nieren manchmal mehr oder weniger hyperämisch oder anämisch waren, sehr oft aber waren sie vollständig gesund. Wenn auch im Kindesalter sich keine Veränderung der Niere nachweisen liesse, so könne doch der Keim schon vorhanden sein, der sich erst im Pubertätsalter oder gar noch später entwickle und die krankhaften Erscheinungen zu Tage treten lasse.

Man findet oft bei erwachsenen Kranken Haut-

affektionen und Knochenerkrankungen, ohne dass dieselben einen Primäraffekt aufweisen. Ihre Zähne jedoch, Augen- und Ohraffektionen (Hutchinson'sche Triade) Narben in der Sakral- und Gefässgegend (Parrot), die Hodenerkrankungen und dann die consekutive Atrophie (Fournier) und die Familienanamnese, letztere allerdings nicht immer, geben einen sichern und vollständigen Beweis für hereditär-syphilitische Erkrankung.

Warum soll nun nicht sich das Gleiche für die Eingeweide (für Leber und Milz ist es schon) und hier wieder für die Niere nachweissen lassen?

Es ist in dieser Hinsicht bis jetzt noch wenig bekannt, auch Zeissl thut in der letzten Auflage seines Lehrbuches über Syphilis nicht die geringste Erwähnung von Nierenerkrankung bei Syphilis hereditaria tarda.

Mehrere Fälle sind allerdings schon veröffentlicht worden, ohne dass jedoch dabei entweder das späte Auftreten der hereditären Syphilis oder wieder die Nierenerkrankung besonders betont worden wäre. So finden wir je einen Fall von Hutchinson und Dowse, bei welchen auf andere hereditär-syphilitische Erscheinungen mehr das Augenmerk gerichtet war.

Jonathan Hutchinson sah bei einem von syphilitischen Vater und Mutter geborenen Individuum sich nacheinander folgende Affektionen entwickeln: In der Kindheit doppelseitige Keratoiritis, später, das heisst, im Alter von 11 bis 21 Jahren ausserordentlich zahlreiche Knochenerkrankungen. Zur selben Zeit Hypertrophie der Leber, Ascites, Hämaturie, Albuminurie, Heilung von diesen verschiedenen Erkrankungen; später Recidiv der Nierenaffektion; Complikation von Lungen-

erkrankung; progressive Cachexie und Tod. — Die Section ergab ausser anderen Veränderungen, sehr atrophierte Nieren, zusammengeschrumpft und granuliert.

Dowse beobachtete bei einem von einem syphilischen Vater geborenen vorher gesunden Kinde im 10. Jahre die Entwicklung eines tuberculo-ulcerösen Syphilids des Gesichts. Verstümmelung der Nase. Ozana. Das Kind erlag einer Syphilis cerebralis und Dowse fand einerseits gummöse Veränderungen des Hirns mit Endarteritis der Arterien an der Hirnbasis, andererseits amyloïde Degeneration der Leber und der Nieren.

Auch bei Bartels finden wir zwei Fälle von spät-hereditär-syphilitischer Nierenerkrankung, wobei aber mehr Gewicht auf die syphilitische Erkrankung der Niere gelegt wird. Einer der Fälle ist sehr ausführlich beschrieben.

Im Jahre 1873 hat Professor Laskewitsch in Charkow 2 Fälle von Syphilis hereditaria tarda veröffentlicht, bei denen die Diagnose am Lebenden „Amyloïde Degeneration der Leber, Milz und Nieren auf syphilitischer Basis“ durch die Sektion in dem einen Falle gerechtfertigt werde. Auch in dem zweiten Falle wurde die Diagnose „Syphilis hereditaria tarda“ durch die Autopsie bestätigt.

Schwimmer betonte besonders die Nephritis in seinem 1877 in der pest. chirurg. Prese veröffentlichten Fall von Syphilis hereditaria tarda.

Ausführlicher wurde auch über zwei Fälle am 20. Jannar 1880 in der Londoner klinischen Gesellschaft von Dr. Coupland vorgetragen, es folgte darauf eine

längere Discussion von der im British medical journal vom 31. Januar 1880 ein kurzer Abriss gegeben ist.

Barthélmy hat 14 Fälle zusammenstellen können von verschiedenen Nephritiden, die sich sicher unter dem Einflusse von hereditärer Syphilis bei Individuen im Alter von 15 bis 30 Jahren entwickelt haben.

Er ist der Ansicht, dass die hereditäre Syphilis viel schneller und häufiger die Eingeweide ergreife als die acquirierte, macht aber andererseits darauf aufmerksam, dass man, um das mehr oder weniger häufige Auftreten der visceralen Affektionen bei tardiver-hereditärer Syphylis würdigen zu können, die grosse Sterblichkeit in Betracht ziehen müsse, die unter den Foeten und selbst unter syphilitischen Eltern herrsche. Man müsse immer bedenken, dass wenn die Erkrankungen bei Syphilis hereditaria tarda ziemlich selten seien, die syphilitischen Neugeborenen, welche ein gewisses Alter erreichen, nicht zahlreich sind. Denn, wenn auch der erste Angriff glücklich überstanden würde, so könne ein erstes, zweites oder drittes Recidiv eventuell den Tod herbeiführen. Die Nierenerkrankungen bei spät hereditärer Syphilis sind jedenfalls nach ihm im Verhältniss ziemlich häufig.

Auch Fournier, der grosse Syphilidologe, tritt ganz energisch für den Zusammenhang von Nierenerkrankung mit Syphilis heriditaria tarda ein; nach ihm ist gar nicht daran zu zweifeln. Er selbst hat zwei Fälle persönlich beobachtet. In seiner Abhandlung „La syphilis héréditaire tardive“ sagt er, nachdem er es als Thatsache hingestellt hat, dass die Nierenaffectionen

häufige Erscheinungen bei der Syphilis hereditaria im Kindesalter seien: „Les mêmes affections se rencontrent aussi dans un âge plus avancé, ce qui prouvent un certain nombre de cas relatés.

Im Jahre 1889 hat auch Tenesson M., einen Fall von Syphilis hereditaria tarda mit einer leichten Albuminurie veröffentlicht.

Des Bessern Verständnisses halber wollen wir mehrere schon publicierte Fälle ausführlicher aufführen.

Ein Fall von Bartels:

L. S. Dienstmagd aus dem Dittmarschen, 22 Jahre alt, zeigt am 7. Mai 1857, seit mehreren Jahren bestehende serpiginöse, geschwürige Zerstörung der Haut am Halse und im Gesicht, an beiden Nasenflügeln und an der Nasenspitze grosse Deffekte, am harten Gaumen stark granulierende Geschwürsflächen, linksseitige Tränenfistel. Die Diagnose lautete „Morbus Dithmarsicus“ (hereditäre Syphilis). Behandlung Decoct. Zittm., später Leberthran und im Sommer Seebäder. Nachdem am 27. Dezember Patientin vollständig geheilt entlassen war, wurde sie bis 1868 noch drei Mal wegen Recidiv teils mit Jodkali, Holztränken, Syphilidisation, Decoct. Zittm. und Durstkur mit Erfolg behandelt.

1870 stellte sich Lähmung der unteren Extremität ein, die nach Gebrauch von Quecksilber und Jodkali wieder schwand bis April 1871, bald aber wiederkehrte. Jetzt zeigte sich etwas Eiweiss im Harn. Ordination: Quecksilber und Jodkali. August 1871. Harn eiweissfrei. Bis zum Jahre 1872 das Quecksilber fortgebraucht, das zur völligen Heilung führte.

Aber August 1872 Recidiv (Pat. äusserst abge-

magert und kachectisch). Am Vorderarm und linken Malleolus int. Geschwüre. Zahlreiche Lupusknoten im Gesichte. Dactylitis syphilitica. An verschiedenen Stellen des Körpers Geschwüre. Kein Eiweiss im Harn. Die eingeleitete Schmierkur von geringem Erfolg. Da stellte sich April 1873 Spitzenkatarrh der beiden Lungen ein. Am 20. Mai Hämoptysis. Juli 1873 wieder Spur von Eiweiss im Harn. August in Lungen Cavernen nachweisbar. Im September nahm das Eiweiss im Urin immer mehr zu und erreichte Anfangs November mit dem Sinken der Harnmenge ihren höchsten Grad. Ende Oktober Schwellung an den Knöcheln, dann Hydrops anasarka über dem ganzen Körper, am 10. November Flüssigkeitserguss in der Bauchhöhle nachweisbar.

Patientin ging an hochdradiger Diarrhœ zu Grunde.

Section: Starkes Oedem der untern Extremitäten. genauere Angaben der Befunde an den Extremitäten, im Gesicht und an der Wirbelsäule.

Phthisis pulmonum amborum mit zahlreichen Cavernen, schiefrige Induration.

Herz klein mit geschlängelten Kranzarterien.

In der Bauchhöhle sehr reichliche, nach vorn klare, im kleinen Becken stark gelbe, trübe, sedimentierende Flüssigkeit.

Leberoberfläche durch sehr zahlreiche Bindegewebsstränge mit dem parietalen Blatt des Bauchfells verwachsen, Lebergewebe auf dem Durchschnitte etwas körnig, gelb und hellbraun marmoriert. — Milz ziemlich derb, auf dem Durchschnitt das Gewebe graurot, von sehr zahlreichen Körnchen durchsetzt.

Linke Niere vergrössert, $12^1/_2$ cm lang. Kapsel

stellenweise festhaftend. Die Oberfläche wachsgelb und graurot, ungleichmässig gefärbt. Auf dem Durchschnitte das Gewebe sehr blass. Die Corticalis durchaus trübe, gelblich gefärbt. Die rechte Niere im Ganzen ebenso und weit blasser.

Im Cecum zahlreiche Geschwüre, die sich bis zur flexura sigmoidea fortsetzen.

Es ist in der That dieser Fall sehr genau beobachtet, und nur wenige Fälle sind in ihrem Verlaufe von Anfang an verfolgt worden.

Bartels hat auch eine Tabelle verzeichnet, in der er ganz genau das langsame Ansteigen des Eiweissgehaltes und der sonstigen Veränderungen im Harne zeigt. Es geht daraus hervor, dass in einer durchschnittlichen täglichen Harnmenge von 350 ccm. täglich durchschnittlich 6,332 gr. Eiweiss gefunden wurden.

Gegen Ende nahmen auch die Harncylinder im Sedimente an Menge zu. Von grossem Einflusse auf die Harnmenge war jedenfalls das Eintreten einer starken Diarrhœ.

Es könnte in diesem Falle wohl der Verdacht an eine erworbene Syphilis auftauchen, aber wenn von Barthels die Diagnose: Syphilis hereditaria (Morbus Dithmarsicus) gestellt worden ist, wird man sie wohl annehmen können. Da nun angegeben ist, dass seit einigen Jahren erst die Hautaffectionen an den verschiedenen Körperstellen, und die Läsionen am harten Gaumen sich gezeigt hätten, so wird man die Diagnose präcisieren und von einer Syphilis hereditaria tarda sprechen können.

Andererseits könnte auch der Einwurf gemacht

werden, dass die Nierenaffection im Zusammenhange mit der schliesslich aufgetretenen Tuberkulose stehe, die ja in ätiologischer Beziehung bei Nierenerkrankungen auch eine grosse Rolle spielt. Es ist aber zu bemerken, dass schon Eiweiss im Urin sich gezeigt hatte, lange Zeit, ehe Lungenerscheinungen oder sonstige tuberkulöse Affektionen zu Tage getreten sind. Am meisten jedoch möchte in's Gewicht fallen, dass gerade damals ziemlich schnell Heilung erzielt worden ist nach Einleitung einer antisyphilitischen Kur. Der Harn war bald frei von Eiweiss. Uebrigens giebt es eine Reihe von Krankheiten, die gleichzeitig mit der Syphilis bestehen können, ohne weiter von der Syphilis beeinflusst zu werden. Zu ihnen gehört auch die Tuberkulose.

Erster Fall von Laschkewitz:

23 jähriges, äusserst abgemagertes, kachectisches Mädchen, nicht menstruiert, macht den Eindruck eines 12jährigen Individuums. Sie klagte über Schmerzen im rechten Hypochondrium und Schwellung der unteren Extremität, die sich jedes Mal nach dem Gehen einstellen soll. Hautoberfläche zeigt endlich abnormes, ebenso die sichtbaren Schleimhäute. An den Zähnen keine Veränderung, äussere Lymphdrüsen nicht vergrössert. Untere Extremität um Malleoli geschwollen. Leber und Milz dagegen sehr vergrössert zeigten sich bei der Palpation hart und glatt und leicht schmerzhaft. Der Harn zeigt eine schwach saure Reaction 1010 spec. Gewicht 900 ccm in 24 Stunden, enthält viel Eiweiss und Spuren von Gallenpigmente. Die Zuckerprobe ergiebt negatives Resultat. Bei der microscopischen Untersuchung wurden keine hyaline oder fettig

degenerirte, fibrinöse Cylinder aufgefunden, aber einzelne Zellen von Nierenepithel. Kein Anasarka. Normale Körpertemperatur. Gesundheit nie vollkommen, jedoch hat auch nie eine Krankheit sich eingestellt. Eltern schon lange ohne bekannte Ursache gestorben.

Diagnose: Amyloide Entartung der Leber, Milz und Nieren auf einem syphilitischen Boden entwickelt.

Es zeigten sich bald an der Leber leicht höckrige, schmerzhafte Indurationen, die nach kurzem Bestande allmählich wieder verschwanden, wobei gleichzeitig die Leber selbst zu atrophieren anfing. Der ganze Unterleib stellte deutlich das Bild des Ascites vor. Nach einiger Zeit zeigte sich eine herumschleichende Anasarka im Gesicht, an den obern und untern Extremitäten. Bei der Untersuchung des Harnes zeigen sich jetzt fettig degenerirte, wie auch hyaline Cylinder; der Eiweissgehalt erschien ziemlich vermehrt; Abends Temperatursteigerung (39° C). Alle diese Erscheinungen zusammen genommen, sicherten die Diagnose: „Hepar syphilit., Degeneratio amyloidea renum cum Nephritide parenchymatosa".

Vorliegender Fall zeigt nicht nur eine allgemeine Erschöpfung, sondern auch ein Zurückbleiben in der Entwicklung; einige Organe, wie Brustdrüse und Geschlechtsapparat sind gar nicht zur Entwickelung gekommen. Dessgleichen zurückgebliebene Entwickelung des Organismus bei dem völligen Mangel einer lang bestehenden ernsten Erkrankung musste sich die Annahme einer krankhaften Diathese aufzwingen, mit der der Organismus zur Welt gekommen sein muss. Diese Diathese nur konnte die pathologischen Veränderungen

zu Stande bringen, die sich bei der Untersuchung des Falles vorgefunden haben.

Der Harn der Kranken enthält Eiweiss ohne Cylinder, eine herumschleichende Anasarka existirt nicht; das Nierenleiden wurde somit auf keine Bright'sche Krankheit, sondern vielmehr auf eine amyloide Erkrankung der Nieren zurückgeführt. Die Diagnose wurde, wie wir gesehen haben, später noch präcisiert. Die Erklärung für die Vergrösserung der Milz und der Leber liegt auf der Hand, es besteht natürlich auch bei ihnen amyloide Entartung.

Die Section der an den Erscheinungen eines ausgesprochenen Marasmus gestorbenen Person, bestätigte die Diagnose an der Lebenden vollständig. An der Leiche fand man eine ausgedehnte Anlöthung der Leber an das Zwerchfell, die Leber selbst stellte sich lappig dar (Hepar lobosum). In einem der Läppchen fand man eine frische gummöse Geschwulst. Die Leber und Milz fand man amyloid entartet. Die Nieren vergrössert, die Kapsel leicht abtrennbar. Das Parenchym fest, gelb gefärbt; die Schnittfläche wachsähnlich glänzend mit deutlichen Malpigh. Glomerulis. Die Jodreaction sehr deutlich.

Im vorliegenden Falle haben wir keinen einzigen Anhaltspunkt zu Gunsten der acquirierten Syphilis; weder auf der Haut, in der Mundhöhle noch an den Geschlechtsorganen findet sich eine Spur eines gewesenen Geschwürs, oder Hautausschläge, keine Spur von Schwellung der äussern Lymphdrüsen. Auch will die Kranke an keinem Ausschlage gelitten haben. Dagegen spricht für hereditäre Syphilis: die zurückgebliebene Entwickelung

des Organismus, dessen fortwährendes Unwohlsein von Kindheit auf und endlich die Erkrankung bloss der innern Organe mit Schwellung der innern Lymphdrüsen.

Zweiter Fall von Laschkewitz:

Abgezehrter, schwächlicher kachectischer Knabe von 13 Jahren; in Kindheit immer kränklich. Hautausschläge. Geschwüre oder irgend welche Knochenaffectionen niemals beobachtet. Im 13. Jahre stellte sich leichtes Oedem an den Beinen ein, Kräfte nahmen immer mehr ab. Gesichtsfarbe ausgesprochen anämisch. Patient fing an über drückende Schmerzen in den Hypochondrien, Uebelkeit und Diarrhœ zu klagen. Die Untersuchung ergab normale Verhältnisse an den Brustorganen.

Leber stark vergrössert war von höckrigen, schmerzhaften Geschwülsten besetzt, davon manche deutlich fluctuirten. Milz schmerzhaft und vergrössert.

Harn von schwachsaurer Reaction, 800 ccm täglich, enthält Eiweiss in bedeutender Quantität, spec. Gewicht 1012.

Die Diagnose: „Syphilis hereditaria tarda“ wurde noch mehr durch den Umstand begründet, dass der Vater des Patienten am frenulum eine resistente pigmentierte Narbe, und am Körper mehrere sternförmige Narben aufwies. Der Vater klagte auch über Knochenschmerzen, die sich zur Nachtzeit einstellen sollten.

Patient an Pleuritis gestorben.

Die Autopsie ergab, dass die Leber am Diaphragma, Magen und Dickdarm angelöthet war. Sie hatte lappigen Bau und wies mehrere Knoten auf, die teilweise in Er-

weichung übergegangen waren. Milz vergrössert, ihre Kapsel gespannt und verdünnt. Milzsubstanz von fester Consistenz zeigte deutliche Amyloidreaction.

Die Nieren vergrössert, die Kapsel leicht abtrennbar. Corticalsubstanz blassgelb, weich, die Pyramiden blassrot; die Kelche und Urether ohne besondere Veränderung. Amyloidreation bei den Nieren.

Fall Schwimmer:

23jähriges Mädchen, angeblich seit dem 10. Jahre mit Geschwüren auf verschiedenen Körperteilen behaftet, teils offen, teils strahlig vernarbt, serpiginöse Formen darstellend. Obere Schneidezähne keilförmig, unten eingekerbt. Allgemeine Entwicklung zurück geblieben. Chronischer Lungenkatarrh. Vergrösserung des linken Herzens, Töne dumpf, in der Aorta diastolisches Geräusch, Milz verlängert, Leber normal. Menses ununregelmässig. Trüber, spärlicher Urin, spec. Gewicht 1014, viel Eiweiss, Harnröhrencylinder, Schleim und Eiterkörper, Hydrops und Anasarka mässigen Grades. Empl. Hydrargyri und Jodkaliumtherapie. Tod infolge von linksseitiger Pneumonie, Pleuritis, rechtsseitige Pneumonie und reichlichen Diarrhœen.

Die Section ergab: Genitalien intakt, Oedem der untern Gliedmassen, Insufficienz der Aorta und Erweiterung des linken Herzventrikels. Narbengewebe in der Leber, parenchymatöse Nephritis, beiderseitige Pneumonie, Pleuritis, Hydrops Ascites.

Die Nephritis zeigte ausser stellenweiser amyloider Degeneration der Gefässe und parenchymatöser Nephritis auch stellenweise Wucherung des interstitiellen Bindegewebes bei gleichzeitiger Schrumpfung der Glo-

meruli, ausserdem miliare Knoten, aus reichlichen Infiltrationszellen bestehend.

Schwimmer sieht die miliaren Knötchen für Gummate an, die direkt zur Wucherung des intertitiellen Bindegewebes Anlass gegeben hätten, sodass letztere in diesem Falle nicht als Folge der parenchymatösen Nephritis und amyloiden Gefässentartung zu gelten hätte.

Da die pester med.-chirurg. Presse nicht zu erhalten war, wurde vorhergehender Auszug der Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis entnommen.

Die beiden folgenden Fälle sind den „Annales de syph. et de dermatologie, Barthélemy“ entnommen.

Ein junges Mädchen von 13 Jahren litt seit 10 Monaten an Wassersucht mit renalem Ursprung. In der rechten Seite des Abdomen war eine harte Geschwulst zu fühlen mit unregelmässiger Oberfläche. Sie stand mit der Leber in Verbindung und war syphilitischer Natur. Das Mädchen war die siebente von 12 Kindern, darunter 3 Totgeborene. Vier sind im Kindesalter gestorben, darunter welche, die ganz deutliche Zeichen von congenitaler Syphilis aufwiesen. Dieses Kind hatte gekerbte, zackige Schneidezähne und wies eine Trübung der Cornea auf. Es ist der Nierenerkrankung erlegen.

Leber war hochgradig verändert, enthielt im rechten Lappen 2 grosse noch nicht erweichte Gummata. Milz wog 117 gr., war derb, aber nicht speckig entartet. Beide Nieren boten alle Zeichen einer parenchymatösen Niere.

Ein $18^1/_2$jähriges, wenig entwickeltes Mädchen war bis zum 16. Jahre gesund, wo sich in der Kniegelenks-

gegend eine ziemlich starke Geschwulst entwickelte, der noch andere Knotenbildungen am Bein und Vorderarm folgten. Zwei Jahre später stellte sich Nekrotisierung des Os frontale ein. Sie starb an einer parenchymatösen Nephritis und einer Phlegmone des rechten Beines, die die Folge einer Vereitrung einer gummatösen Geschwulst der Tibia war.

Das Mädchen hatte noch 12 Geschwister gehabt, von denen 7 im Kindesalter gestorben sind und 2 eher für Aborte zählen könnten.

In der Anamnese der Kranken war nichts Abnormes zu bemerken.

Ausser den Knochenaffectionen an der Tibia und dem Os frontale wurde beider Sektion eine Perihepatitis und ein kleines Gumma in der Lebersubstanz constatirt, Leber stark vergrössert.

Gewicht der Milz betrug 433 gr. Milz selbst war fest, glänzend, nicht amyloid.

Die Nieren boten dasselbe Bild wie die vorhergehende Kranke.

Bei dem Falle Schwimmer spricht für hereditäre Syphilis die Beschaffenheit der Zähne und das Zurückbleiben in der Entwicklung.

Bei keinem der andern beiden Fälle hat man Grund an eine acquirierte Syphilis zu denken, während bei beiden Kranken die Beschaffenheit der Zähne und die Familienanamnese einen sozusagen sichern Beweis liefern zu Gunsten einer hereditären Erkrankung.

Hutchinson bemerkt in einer „Note on syph. by S. Hutchinson, Archiv of Dermatology. 1876, New-York“. nachdem er vorher ausführlicher über die Bildung

von Neoplasmen in der Niere (Gummata) bei der acquirierten Syphilis gesprochen hat: „Wir können uns nicht erklären, warum in der Endperiode der Syph. heredit. kein Trieb bestehe zur Bildung dieser Neoplasmen, welche man so häufig in der acquirierten Syphilis findet". Hutchinson hat jedenfalls in dieser Beziehung nicht ganz Recht, denn bei Kindern wird das Gumma ziemlich oft gefunden, oft sogar schon sehr früh. So haben M. Tungel, Cornil, und Klebs diesbezügliche Fälle veröffentlicht. Hutchinson hat jedenfalls die Fälle von hereditärer Syphilis im Auge, die sich erst später im Kindesalter oder gar schon im reiferen Alter zeigen. „Ich habe gesagt", fügt er hinzu, „dass das Kapitel betreffend die interne Pathologie der secundären Periode in der acquirierten Krankheit noch zu beschreiben ist, und ich kann jetzt dasselbe sagen, betreffs der tertiären Periode bei den Individuen, die ein hereditär syphilitisches Aussehen haben. Ausser einigen Ausnahmen scheinen die letztern von keiner Krankheit befallen zu werden, die das Leben abkürzen . . . Obgleich ich fortwährend eine Anzahl von Personen aus dem Jünglingsalter und Erwachsenen näher beobachtet habe, die von der hereditären Syphilis als hart mitgenommen bekannt waren, so habe ich niemals weder bei ihnen noch bei ihren Brüdern und Schwestern, eine specifische Läsion eines wichtigen Organs nachweisen können. Die Augen, Ohren oder die Haut sind bei ihnen erkrankt; aber da in der Mehrzahl der Fälle scheinen die krankhaften Erscheinungen aufzuhören. In einem halben Dutzend von Sektionen ähnlicher Fälle, die ich gemacht habe, habe ich niemals Läsionen gefunden, die einiges Interesse boten. In zwei solcher Fälle ging dem Tode eine lang-

dauernde Albuminurie voran, und man vermutete, dass der lang fortgesetzte Gebrauch von Jodkalium dabei im Spiele war . . .“

Es ist sehr zu bedauern, dass J. Hutchinson die beiden letzten Fälle so schnell abfertigt, sie sozusagen nicht berücksichtigt und nur eine Vermutung ausspricht. In dem oben angeführten Falle macht er auch nur eine ganz kurze Angabe. Da er Gelegenheit hatte so viele Fälle zu beobachten, hätte es ihm vielleicht gelingen können, etwas mehr Klarheit in das Dunkel zu bringen, das auf der Lehre der Eingeweidesyphilis, insbesondere der Nierenerkrankungen bei der hereditären Syphilis, lastet, die sich erst 10 bis 40 Jahre nach der Geburt offenbart. Denn wir besitzen in der That über diese Affektion sehr wenig positive anatomische Angaben.

Négel spricht in der schon erwähnten thèse die Ansicht aus, dass die interstitielle Nephritis sich ebensogut in der hereditären, wie bei der acquirierten Syphilis finden kann, bald generalisiert, wie besonders bei der hereditären Syphils (Virchow und Bèer) oder nur partiell wie bei der acquirierten Syphilis, und nach Klebs wird sie gerade partiell beim Erwachsenen am meisten gefunden.

Barthélemy hält alle Veränderungen, welche man bei der hereditären Syphilis in den Eingeweiden vorfindet, für dieselben, als diejenigen, welche nach der Geburt oder selbst während des intrauterinen Lebens beobachtet werden. Jedenfalls lägen diesen Veränderungen, wie überhaupt in der Syphilis, zwei Processe, der sklerotische und der gummatöse oder die Vereinigung beider zu Grunde, einerlei welches Organ, befallen sei, und zu welcher Zeit die Syphilis aufträte.

Die Nierenerkrankungen seien immer interstitielle, zuweilen fände man auch kleine miliare Gummata um die Gefässe. Es seien die nämlichen Veränderungen, welche so oft im frühen Kindesalter den Tod verursachten.

Fournier hinwieder schienen, er betont besonders „schienen", weil er sich nicht weiter verpflichten will, die parenchymatöse Nephritis und die amyloide Degeneration vorzuwiegen.

Wenn wir unsere Fälle rekapitulieren, so finden wir in anatomischer Beziehung nichts besonders Characteristisches. Aus ihnen geht das Vorwiegen der parenchymotösen Nephritis hervor, Bartels, Coupland, Schwimmer. Der Eall Bartels giebt uns sogar eine klassische Beschreibung vom Aussehen einer chronisch parenchymatösen Nephritis (der grossen weissen Niere). Es scheint sich hier das Gegenteil von dem vorzufinden, was man bei der tertiären Syphilis findet. Dort überwiegt die interstitielle Nephritis mit kleiner Schrumpfniere, die nach Fournier bei der tardiven Heredosyphilis seltener beobachtet wird. Zu den seltenen Fällen könnte man auch den Fall Schwimmer rechnen. Die parenchymatöse Form dagegen soll wieder bei der secundären Periode der acquirierten Syphilis vorwiegen. Die Fälle Laschkewitz und Schwimmer geben uns andrerseits auch ein klares Bild von Amyloidniere. Nach Bärensprung sollte der amyloide Process specifisch der Syphilis eigen sein, Virchow wieder glaubte, der amyloide Process sei als Produkt zweier zusammenwirkender Faktoren der Syphilis und des Mercurialismus anzusehen. Aber es kommt weder dem Mercurialismus eine bestimmte Eigenschaft zu, amyloide Degeneration

zu bewirken, noch hat letztere etwas Specifisches, weil auch Tuberculose und langdauernde Eiterungen, chronische Knochenerkrankungen sie bewirken.

Wir haben also im Vorhergehenden sozusagen eine Beschreibung von fast allen Veränderungen, die in der Niere vorkommen können. Wirklich für die Syphilis besonders Charakteristisches haben wir nur in dem äusserst interessanten Fall von Schwimmer gefunden (zahlreiche miliare Gummata).

Es ist in der That das Gumma das einzig Specifische für Syphilis, da alle andern Veränderungen in der Niere durch jedes andere ätiologische Moment bewirkt werden können.

Nach Fournier kommt die gummöse Form, wenigstens die, welche isolierte und genau abgegrenzte gummöse Heerde zeigt, nur ausnahmsweise vor.

Hutinel hat mit dem Microscope mehrere Gummata rings um die Gefässe gefunden. Es ist dies sehr wichtig, nach ihm soll das Microscop immer angewandt werden, denn es allein könne mehr Klarheit in die Sache bringen.

Wenn die anatomischen Veränderungen der Niere bei später Heredosyphilis wenig Specifität aufweisen, so geht diese den Symptomen bei solcher sozusagen ganz ab. Wir begegnen hier denselben Erscheinungen, wie bei den übrigen syphilitischen Nierenerkrankungen, ja wie bei jeder nichtsyphilitischen Nierenerkrankung.

In einigen Fällen ist kurzweg die Diagnose gegeben. Aus den andern erhalten wir eine Aufzeichnung der Symptome, teils einer gewöhnlichen parenchymatösen Nephritis, teils einer Amyloidniere. Bartels giebt in seinem Falle eine ganz klassische Aufführung der

Symptome einer parenchymatösen Nenphritis: Verminderung der Harnmenge, Steigerung des Eiweissgehaltes, hyaline Cylinder, Hydrops, Durchfälle.

Andrerseits erkennt man in den Fällen von Laschkewitz leicht die Amyloidniere; hoher Eiweissgehalt, Fehlen der Cylinder, kein Hydrops Anasarka. Vergrösserung der Leber und Milz. In dem einen Falle erhalten wir auch ein schönes Bild von der langsamen Entwicklung einer parenchymatösen Nephritis: herumschleichende Anasarka, Auftreten von Cylindern und Vermehrung des Eiweisses.

In dem Vorhergehenden finden wir kein Moment, das für Syphilis spräche. Zur Vervollständigung wollen wir noch die Aussage Fournier's angeben betreffs der Symptome der Nephropathieen bei Syphilis hereditaria tarda.

„Je ne vous dirai rien des symptomes de ces néphrites pour la raison, qu'elles ne comportent cliniquement rien de spécial, ou bien je ne vous dirai que quelques mots pour vous signaler seulement les deux points que voici:

1. D'une part leur mode de début toujours obscur, sourd, particulièrement insidieux et presque latent, — d'où la règle pour le médecin, de ne jamais négliger l'examen des urines en face d'une scène clinique à expression vague et indécise.
2. D'autre part leur symptomatologie souvent complexe et rendue telle par leur association fréquente, voire très-habituelle, avec d'autres affections viscerales. Céci mérite une mention particulière.

Es bilden in der That die Leber, die Milz und die Niere sozusagen eine pathologische Trilogie.

In der Mehrzahl unserer Fälle ist zu gleicher Zeit mit der Nierenerkrankung auch eine Erkrankung der Leber (Dowse, 2. Fall Coupland), oder der Milz 2. Fall von Laschkewitz) oder beider zusammen zu constatiren (1. Fall von Laschkewitz, 1. Fall von Coupland).

In manchen Fällen wird man nicht irre gehen, wenn man die Nieren für verdächtig hält, sobald die Leber und die Milz auch schon ergriffen sind. Diese bilden gewissermassen die Vorläufer der Nephropathieen, ins besondere bei der hereditären Syphilis. Vorläufer sind wie wir auch gesehen haben, zuweilen auch die Knochenerkrankungen, zumal bekannt ist, dass jede Knocheneiterung überhaupt zu amyloider Degeneration führen kann.

In klinischer Beziehung sei noch bemerkt, dass die verschiedenen Nierenerkrankungen durchaus nicht, wie dies früher geglaubt wurde, und wie es auch die Mehrzahl der angeführten Fälle zeigt, nur bei kachectischen Individuen, die durch sonstige hereditär-syphilitische Affektionen heruntergekommen sind, vorkommen, sozusagen das Schlussglied in der syphilitischen Kachexie bilden. Man hat sie auch bei wohlgenährten sonst gesunden Individuen vorgefunden, und zwar als Grundkrankheit (Fournier), so eventuell die beiden Fälle von Coupland.

Besondere Berücksichtigung verdient schliesslich noch die nicht so selten auftretende manchmal hochgradige Diarrhœ, da sie sehr oft Hauptschuldige an der

Anämie, dem kachectischen Aussehen und der Entkräftung der Nierenkranken ist, nicht, wie man auch geglaubt, der beträchtliche Eiweissverlust. Sie kann oft auftreten durch Geschwürsbildung manchmal aber auch bei intaktem Darm, infolge amyloider Entartung der Darmgefässe und auch vielleicht in Folge der Stauung des wässerigen Blutes im Pfortadergebiete wegen Entartung der Lebergefässe (Bartels).

Was nun die Diagnose betrifft, so wird man immer gut thun, alle möglichen ätiologischen Momente in Betracht zu ziehen. Besteht Verdacht auf Syphilis, so wird man feststellen müssen, ob die Syphilis acquiriert oder hereditär ist. Hereditär ist sie, wenn wir die Hutchinson'sche Triade oder auch nur ein Glied derselben oder noch andere von den neun von Fournier angegebenen Zeichen entweder am Patienten selbst oder an einem seiner Geschwister vorfinden. Wenn wir in Erfahrung bringen können, ob die Mutter abortiert hat, wenn wir überhaupt die Syphilis an einem der Eltern oder an beiden nachweisen können. Natürlich muss in allen diesen Fällen die acquirierte Syphilis ausgeschlossen werden können.

Betreffs der Prognose ersehen wir aus unseren Fällen, dass der Tod meistens eingetreten ist, sie somit äusserst schlecht zu sein scheint. Auch Fournier giebt als regelmässigen Ausgang den Tod an.

Aber jedenfalls fällt sehr in's Gewicht, dass zunächst das Auftreten des Eiweisses zu spät bemerkt worden ist, wie das bei den Nierenerkrankungen überhaupt der Fall ist, dann in den meisten Fällen bis jetzt der Charakter der Krankheit erst spät erkannt worden ist. Dann kommt auch die Diarrhœ in Betracht, die

meistens jeder Behandlung hartnäckig widersteht und den Tod durch Erschöpfung ungemein beschleunigt. Andrerseits scheint auch in manchen Fällen die Behandlung nicht energisch genug durchgeführt worden zu sein. Jedenfalls steht fest, dass schon Fälle geheilt worden sind, so ist der Kranke von Hutchinson durch die spezifische Therapie von einer Albuminurie geheilt worden, ebenso die Kranke von Bartels, beide sind allerdings an Recidiven mit andern Complikationen zu Grunde gegangen. Ganz characteristisch in dieser Beziehung ist ein zweiter Fall von Bartels, den dieser selbst als einzig in seiner Art hinstellte „Amyloide Veränderungen der Nieren und der Milz unter hereditärsyphilitischem Einflusse geheilt durch die specifische Behandlung".

Im Jahre 1890 sind an der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu Strassburg auch zwei Fälle von Nierenerkrankung bei mit spät hereditärer Syphilis behafteten Individuen beobachtet worden. Durch sie wurden wir veranlasst, diese Arbeit zu unternehmen. Wir haben ihre Erwähnung bisher unterlassen, weil auch sie, besonders der eine Fall, ebenso wie der von Bartels, durchaus bezeichnend sind für die Heilung der spät hereditären Syphilis durch die specifische Behandlung und dadurch mehr in den Vordergrund treten.

Fall Bartels im Jahre 1868.

Frl. NN aus Hamburg. Mutter an nicht bekannter Krankheit gestorben. Vater tot, hat zu Lebzeiten mehrere Kuren in Aachen durchgemacht, war also wahrscheinlich syphilitisch.

Status: Ganze untere Körperhälfte durch Anasarka und Hydrops ascites beträchtlich geschwollen. Gesicht und Hände frei. Hydrops vor 3 Monaten ohne bekannte Ursache entstanden. Indessen hatte die kleine Dame schon mehrere Jahre gekränkelt, und war angeblich wegen Skrofeln in verschiedene Bäder geschickt worden. Beiderseitige Thränenkanäle verschlossen. Deformierung der Unterschenkel durch eine sogenannte falsche Hypertrophie der Muskeln beider Waden.

Der Harn wurde in mässiger Menge gelassen, war dunkel, klar, und enthielt sehr viel Eiweiss, aber spärliche Cylinder.

Ordination: heisse Bäder, Kalium jodatum.

Hydrops verschwunden, Milz beträchtlich vergrössert. Sorgfältige Sammlung des Harnes und genaue Analisierung desselben. Der höchste Procentgehalt an Eiweiss war 1,56 %, spec. Gewicht schwankt zwischen 1018 und 1038.

Bei der Entlassung im Oktober war das subjective Befinden der Kranken ganz zufriedenstellend, das Aussehen blühend, das Verhältniss der Harnabsonderung aber ganz unverändert geblieben.

Juli 69. Behandlung während einiger Monate.

Patientin hatte das blühende Aussehen bewahrt, war aber seit November vorigen Jahres (68) so taub geworden, dass sie sich eines Hörrohrs bedienen musste. Ausserdem Wiederkehr eines leichten Oedems an den Unterschenkeln. Milz seit vorigem Jahre bedeutend verkleinert.

Dieselbe Kur erzielte dieselben Erfolge und bedeutende Abnahme des Eiweisses. Bei der Entlassung

jede Spur von Oedem verschwunden, subjektives Befinden, vortrefflich. Seitdem kein Oedem mehr.

Bis zum Jahre 1872 hatte sich vollständige Taubheit eingestellt. ausserdem starke Verstümmeluug der Nase. Zu jener Zeit enthielt der Harn noch eine Spur von Eiweiss.

Im Jahre 1874 war Frl. N. vollständig gesund, jede Spur von Eiweiss war verschwunden.

Es ist also in diesem Falle die schon erwähnte Diagnose von Barthels auch durch den Erfolg der Therapie bestätigt worden.

FALL I.

A. S. aus Neudorf, 14 Jahre alt.

Vater des Patienten ist Maurer, 49 Jahre alt, grosser Potator. Im 23. Jahre hatte er einen Schanker auf dem Frenulum, das dadurch abgefressen wurde. Es ist jetzt noch die Narbe sichtbar. Es sollen angeblich nachträglich keine Symptome mehr aufgetreten sein. Auch hatte er sich keiner Kur mehr unterzogen.

Im März 1872 stellte sich nach vierzehntägigem Unwohlsein und Leibschmerzen ein Ascitesein, der trotz der eingeleiteten Behandlung (Diuretica und Laxantia) stetig zunahm. Unter dem Gebrauche von Calomel (8 Dosen bis zu zwei Gramm schliesslich) heilte er jedoch rasch. Nach 13 Wochen war er vollständig arbeitsfähig. Es ist seitdem kein Recidiv mehr eingetreten.

Die Mutter war immer gesund. Ein jüngerer Bruder ist schwächlich, hat sehr schlechte Zähne, Keratitisflecken, weist keine manifesten Zeichen von Lues auf·

Ein im März 1890 konsultierter Arzt konstatierte eine intensive Albuminurie bei dem Patienten, sowie ein Geschwür der hintern Rachenwand, und veranlasste ihn, sich in der Klinik aufnehmen zu lassen.

Bei der Aufnahme des Patienten wurde folgender Status aufgenommen: Der Patient ist von kleiner Statur, von schwächlichem Knochenbau, das Skelett der Extremitäten bietet nichts Abnormes, die Schädelknochen dagegen manche Veränderungen, wie wir sie als Stigmaten der hereditären Syphilis betrachten können. Die beiden Stirnhöcker sind aussergewöhnlich prominent, die Nase stark eingesunken (Sattelnase). An den Zähnen lässt sich keine Veränderung wahrnehmen, da diese durch gegenseitige Berührung am oberen Rande flach geschliffen sind. Beide Hornhäute zeigen Trübungen, Spuren von früher durchgemachter Keratitis.

Der Knabe, der 14 Jahre alt ist, macht den Eindruck eines siebenjährigen Jungen. Die Muskulatur ist gering, das Fettpolster schlecht entwickelt. Um die Knöchel ist ein markirtes Oedem zu konstatieren.

Die Untersuchung der Organe ergiebt keine Abnormität. Der Gehörsinn ist etwas herabgesetzt. Die Intelligenz ist gering entwickelt. Gedächtniss schlecht, der Gesichtsausdruck etwas stumpf.

Auf der hintern Rachenwand ist eine ziemlich grosse Ulceration zu konstatieren, deren oberer Rand dem Auge nicht sichtbar ist.

Die Untersuchung des Urins ergiebt das Vorhandensein einer grössern Quantität Eiweiss, 8 $^0/_{00}$ nach Esbach'scher Methode titriert. Patient wird einer Jodkalikur unterworfen, die mit einer Dosis von 2 gr. pro

die begonnen wird. Da in den nächstfolgenden Tagen die Dosis gut ertragen wird, wird sie allmählig gesteigert in der auf der Klinik üblichen Behandlungsweise der Syphilis durch grössere Jodkalidosen.

Nach 14 Tagen dieser Behandlung hat der Patient beträchtlich an Gewicht zugenommen, das Geschwür am Rachen hat sich etwas gereinigt, die Ränder sind abgeflacht, und der Eiweissgehalt des Urins ist auf $6^0/_{00}$ heruntergekommen. Die Verabreichung des Jodkali wird dann bis zu einer Dosis von 12 gr. pro die gesteigert, unter welcher Wirkung die Ulceration allmählig geheilt, und bis zum 20. November 1890 in dieser Dosis fortgesetzt.

Die regelmässig vorgenommenen Untersuchungen des Urins zeigten eine stetige Abnahme des Eiweisses, sodass bei der Entlassung des Patienten am genannten Tage nur noch Spuren von Albumin nachweisbar waren.

Der Patient wurde entlassen und durch Mittheilung seines behandelnden Arztes in letzter Zeit uns berichtet, dass keine Spur von Eiweiss mehr im Urin zu konstatieren war.

Der zweite Fall betraf ein junges Mädchen, Marie L., 12 Jahre alt, aus Brebach, welches am 4. November 1890 Aufnahme in der Klinik fand.

Der Vater der Patientin ist scheinbar gesund, er bietet ausser einer etwas verlangsamten Sprache und eines etwas breiten Masenrückens nichts Abnormes. Den Zustand der Nase will er durch einen Untall, dadurch, dass ihm ein Wagen über die Nase gefahren sein soll, erklären.

Die Mutter will nach ihrer Angabe von einer Amme

geschenkt worden sein, welche nicht gesund war. Sie soll an verschiedenen Hautstellen früher Geschwüre gezeigt haben, die erst nach längerem Kranksein, ohne dass uns aber über die Behandlung etwas bekannt worden wäre, wieder heilten.

Im Jahre 1874 gebar sie ein totes Kind, welches jedoch nicht durch den jetzigen Gatten gezeugt war. In demselben Jahre giebt der Vater an, von seiner Frau angesteckt worden zu sein. Beide machten darauf eine 3wöchentliche Innunctionskur durch. Im folgenden Jahr 1875 erfolgte ein Abortus; 1876 gebar sie ein lebendes sehr schlecht genährtes und entwickeltes Kind, welches ohne äusserlich sichtbare Merkmale einer Hauterkrankung in der dritten Lebenswoche an Convulsionen starb. Das gleiche Schicksal erreichte ein Kind im Alter von 14 Tagen, welches im nächstfolgenden Jahre 1877 geboren wurde. Im Jahre 1878 brachte sie wieder ein ausgetragenes Kind zur Welt, das im Alter von sechs Wochen starb. Im Jahre 1880 wurde die Patientin als fünftes Kind geboren. Das Wochenbett war wie alle vorhergehenden normal, jedoch soll sie sich seit dem Letzten leidend gefühlt haben. Nach Angabe des Vaters soll sie längere Zeit an „Schwindsucht“ behandelt worden sein, später soll sie als blutarm betrachtet worden sein. 1886 gebar sie ein sechstes Kind, welches vollständig gesund und kräftig gewesen sein soll und im 4. Lebensjahr an einem Unfall, durch Verschlucken einer Bohne, die in den Larynx gelangte, den Tod fand.

1888 erlitt sie einen apoplektischen Anfall, infolgedessen sich eine rechtsseitige Lähmung, Aphasie, Sehstörung einstellten.

Im Jahre 1889 im 41. Lebensjahr unter Zunahme der bestehenden Erscheinungen, besonders heftiger Kopfschmerzen, ging sie zu Grunde.

Die Patientin war bis zum dritten Jahre gesund, in diesem Alter erkrankte sie an den Masern und war nachträglich längere Zeit leidend. Die Natur dieser Folgeerkrankung ist aus den Angaben der Patientin und ihres Vaters nicht zu ermitteln. Im 5. Lebensjahr stellte sich eine rechtsseitige Gonitis ein, die angeblich durch einen Fall auf das Knie verursacht worden war. Zu gleicher Zeit stellten sich Ulcerationen des Gaumens ein, infolge welcher die Uvula zerstört wurde.

Nach Abheilung des Halsübels (Behandlung ist nicht bekannt) stellte sich ein linsengrosses Geschwür auf dem Nasenflügel ein, welches trotz einer Kur in Kreuznach sich immer vergrösserte.

Vor 4 Jahren bildete sich eine starke Schwellung des rechten Vorderarmes, welche zu einer Abscessbildung führte.

Status präsens:

Kleines, graciles Individuum, von schmächtigem Knochenbau, besonders Hände und Füsse aussergewöhnlich klein, etwas eingesunkene Nase: habitus scrofulosus.

Auf der rechten Cornea eine parenchymatöse Trübung, Gehör normal, Zähne schlecht, aber keine ausgesprochene Hutchinson'sche Entwicklungsstörung.

Haut blass schlechte Muskulatur und geringes Fettpolster. Keine Oedeme.

Auf der oberen Lippe, und den Nasenflügeln eine grosse Ulceration, welche einerseits bis zum Lippensaum reicht und durch die Nasenlöcher in die Nasenhöhle hineinragt: Septum narium zerstört.

Die innern Organe zeigen keine Veränderung.

Gaumen und Rachen weisen die destruktiven Spuren der früher erwähnten Processe auf.

Temperatur normal.

Der Urin, welcher in normaler Quantität secerniert wird, zeigt bei äusserer Betrachtung keine auffällige Veränderung, erweist sich aber als stark eiweisshaltig.

Das rechte Kniegelenk ist stark angeschwollen, enthält ein grösseres Quantum Flüssigkeit. Bei den passiven Bewegungen werden starke Reibungsgeräusche nachgewiesen.

Die Untersuchung, welche mit Esbach'schem Albuminometer ausgeführt wird, ergiebt einen Eiweissgehalt von 14 pro mille.

Im Sediment lassen sich zahlreiche Cylinder nachweisen.

Verordnung:

Lokal werden die Geschwüre mit Quecksilberpflastermull bedeckt: allgemein wird eine Milch-Kur eingeschlagen und Jodkalium innerlich dargereicht. Die Dosis des Medikaments wird allmählich von der ursprünglich gegebenen Quantität von einem Gramm auf fünf Gramm erhöht, wird jedoch schlecht vertragen und ruft Appetitlosigkeit und Erbrechen hervor, desshalb Jodkali 3mal täglich ein Esslöffel 8 : 200. Ulceration bedeutend gebessert, Urin 10 $^0/_{00}$ Eiweiss.

Anfang Dezember Ulceration geheilt. Kniegelenk nicht schmerzhaft.

11. XII. 90. Beginn einer Schmierkur ($1^1/_2$ gr. Quecksilber pro die).

18. XII. 90, Stomatitis sehr stark; Aussetzen des Quecksilbers.

Mitte Juni 1891: acute Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Halsdrüsen, hohes Fieber, nach fünftägigem Fieber Rückbildung der Schwellung und der Schmerzhaftigkeit. Stomatitis gebessert. Eiweiss 6 ‰ Jodnatrium gegeben.

Ende Januar 1891 Schmerzhaftigkeit im Kniegelenk noch vorhanden; Patientin ist jedoch viel stärker geworden.

5. II. 91. Schmierkur $1^1/_2$ gr. Unguentum cinereum, Urin 4‰ Eiweiss.

28. II. 91. Urin schwankend 4—6 ‰ Eiweiss.

4. III. 91. Patientin auf Wunsch des Vaters entlassen, Kniegelenk rechts noch etwas druckempfindlich.

In den beiden letzten Fällen wird man wohl kaum an eine acquirierte Syphilis denken können.

Während in dem einen Falle der syphilitische Vater, der sicher hereditär-syphilitische Bruder, die zurückgebliebene Entwicklung, das Fehlen manifester Zeichen von Lues sehr für hereditäre Syphilis sprechen, so liefern in dem andern die Krankheit der Mutter, mehrere Frühgeburten dieser, die schwächlichen Geschwister, Erkrankung des Vaters, graciler Bau, Knochen und Gelenkerkrankungen, Cornealtrübungen einen direkten Beweis für das Bestehen der erstgenannten Affektion.

In dem letzten Falle ist auch die Thatsache zu berücksichtigen, dass das fünfte Kind bedeutend stärker war als die vorhergehenden, das sechste jedoch vollständig gesund war, somit eine thatsächliche Abschwächung des syphilitischen Giftes im menschlichen Organismus zu constatieren ist.

Steht nun die Nierenaffektion in unsern beiden Fällen unter dem Einfluss der bestehenden tardiven Heredosyphilis, oder war nur ein Zufall zwischen der Allgemeinerkrankung und dem lokalen Leiden im Spiele?

In der That finden wir wenig, das für den Zusammenhang spräche, Symptomatologie, der überhaupt die Specifität abgeht, oder die Sektion fehlen. Es ist aber wahrscheinlich doch die Nephropathie syphilitisch, weil wir sonst keine der gewöhnlichen Ursachen: Alcohol, Erkältung Knochenerkrankungen u. s. w. (die geringen Knochenaffektionen in den beiden Fällen können nicht in Betracht kommen) nachweisen können. Dann aber bestanden zu gleicher Zeit noch andere syphilitische Erscheinungen am Organismus.

Andererseits ist es aber sicher, dass wir es mit einer syphilitischen Nephropathie zu thun haben, denn es ist durch die specifische Behandlung in dem einen Falle vollständige Heilung, in dem andern eine sehr nennenswerthe Besserung eingetreten. Es ist allerdings dies eine Diagnose, die mehr instinktiv ist als gestützt auf materielle Beweise, aber sie ist eine sehr praktische Diagnose. weil sie ganz logisch zur Anwendung einer specifischen Behandlung treibt.

Gerade dadurch sind die beiden Fälle, sowie der Fall Bartels von besonderer Wichtigkeit. Sie lehren, dass durch eine zweckmässige Behandlung in der That Heilung eintreten kann. Andererseits geht aus ihnen auch hervor, dass, wenn zuweilen die Diagnose nicht definitiv gestellt werden kann aus Mangel an hinreichenden Beweisen, der Erfolg der Therapie jene sichert, und Hippokrates in seinem Spruche „Naturam

morborum, curationes ostendunt“ die volle Wahrheit spricht. Darin wieder liegt die Aufforderung an jeden praktischen Arzt, dass er bei einer Albuminurie, die sich bei einem Erwachsenen zeigt, mehr die Syphilis hereditaria tarda, als dies bisher geschehen, in Betracht zieht. Dass er, sobald andere wichtige ätiologische Momente in diesen Fällen ausgeschlossen sind, die Familien — sowie die individuelle Anamnese des Patienten in Bezug auf Syphilis genau durchgeht. Denn die Angaben in diesen Anamnesen sind von besonderem Wert für die Diagnose, Prognose, sowie auch für die Therapie.

Es ist zu erwarten, dass dann mancher Fall, der unter den bisherigen Umständen rettungslos verloren gewesen wäre, vielleicht doch gerettet werden kann, was uns die Zukunft übrigens noch lehren wird.

Falls auch die Syphilis nicht bestimmt eruiert werden kann, so mag immer ein Versuch mit der Jodkalibehandlung ohne Schaden gemacht werden. Erzielt man keinen Erfolg, so hat man schliesslich auch keinen grossen Missgriff gemacht.

Die Behandlung besteht besonders in der Verabreichung von Jodkalium oder Jodnatrium, ersteres wird in ziemlich hohen Dosen gut vertragen, und in der Anwendung von Quecksilberpräparaten, die man natürlich beim Eintritt von Stomatitis sofort aussetzen muss, um sie nach deren Heilung wieder zu versuchen.

Auch das Jodkalium kann Störungen, Erbrechen und Appetitlosigkeit, wie in unserm Falle, bewirken. Es ist dann die tägliche Dosis zu verringern.

Es macht Fournier besonders darauf aufmerksam, dass man die Dosis des Jodkalium nicht zu gering nehmen

soll, wie es bisher geschehen zu sein pflegt, zumal auch, wie aus den Fällen zu ersehen ist, die Albuminurie sehr hartnäckigen Widerstand leistet.

Zweckmässig ist es unter Umständen, der specifischen Behandlung die allgemeine Therapie der Nierenerkrankungen überhaupt beizufügen.

Wenn wir auch nicht über eine grosse Zahl von Fällen verfügen, so gestatten die vorhandenen uns doch mit einem gewissen Recht die Behauptung, dass der Einfluss der hereditären Syphilis auf die Entwicklung von Nierenerkrankungen im Kindes- oder späteren Alter nicht mehr zu leugnen ist, und dass fernerhin die Syphilis hereditaria tarda auch unter den ätiologischen Momenten der Nephropathieen verzeichnet werden muss.

Zum Schlusse möchte ich Herrn Prof. Dr. Wolff meinen aufrichtigen Dank aussprechen für die Anregung zu dieser Arbeit und Herrn Geheimrat Prof. Dr. Naunyn für die gütige Uebernahme des Referats danken, auch den Herrn Dr. Riff und Dr. Levy für die erteilten Auskünfte, sowie Herrn Max Flurer für die bereitwillige Hülfeleistung in der Uebersetzung fremder Sprachen.

Litteratur.

Annales de dermatologié 1874. 75. 77. 78. 79. 81.

von Bärensprung: Syphilis hereditaria tarda.

Barde: De syph. renum affectionibus. Berlin, Dissertation 1863.

Barthélemy T. Lésions viscérales de la syphilis héréditaire tardive et notamment des lésions du foie. Congrès période. internation. des sciences méd. compte rendu. 1884. Copenhague. 1886. III. Sect. de dermat. et syph.

Beer: Eingeweidesyphilis 1867.

Cornil: Leçons sur la syphilis 1879.

Descoust: Thèse de Paris 1878.

Dowse Thomas Stretch: A note on heredilary syph. as ist affects the brain nervons system London 1878.

Frerichs: Die Bright'sche Nierenkrankheit und deren Behandlung. Braunschweig 1871.

Fournier: La syphilis héréditaire tardive.

Fungel: Klinische Mitteilungen etc. Hamburg.

Homolle: Maladie syph. des reins: Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie L. XXXIV.

Jullien: Maladies vénériennes.

Klebs: Pathologische Anatomie.

Lancereaux: Syphilis 1866.

Laschkewitz V. G. Syphilis visceralis: Progrès médical. Paris 1887. Nr. 18.

Laschkewitz V. G. Syphilis hereditaria tarda: Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1874. 1. Wien.

Lecorrhé: Maladies des reins 1875.

Marchiafava: Arteritis und Clomerulitis bei hereditärer Syphilis. Archiv p. la scienza med. VIII. 1885.

Mauriac: Syphilose des reins. Archive général de médecine, oct. nov. décembre 1886.

Nègel Vassile G. De la syphilis rénale. Thèse de Paris 1882.

Parrot: Leçons cliniques sur l'athrépsie 1877.

Potain: Gazette des hôpitaux 1878 N. 151.

Proksch: Die Litteratur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des 15. Jahrhundert bis Mitte 1889. 1. u. 2. Band Bonn. Verlag von Hanstein 1889 u. 3. Band 1891.

Rayer: Traité des maladies des reins, Paris 1849.

Ribbert: Med. Centralblatt 1879. 47. 1881. 17.

Schmidt's Jahrbücher 1877. VIII.

Felix Spiess: Ueber die verschiedenen Nierenaffectionen bei Syphilis constitutionalis. Inauguraldissertation Berlin 1877.

Virchow's Archiv 1858 XV.

Virchows Geschwülste II.

Vierteljahresschrift für Dermatologie 1878.

Wagner: Deutsches Archiv für klinische Medicin 1880.

H. u. M. Zeissel: Lehre der Syphilis, Auflage 4. Stuttgart 1888.

Ziemssens Handbuch IX. (Bartels).